

行 11 次),有效改善了由于痰栓堵塞引起的肺不张,并减少了毒素吸收。③早期行 CVVH:IPA 患者易并发感染性休克和急性肾功能衰竭<sup>[4]</sup>,我们在患者出现轻度肾功能不全时即开始应用 CVVH,最终达到了如下治疗目的:清除患者体内的炎症因子,一定程度上阻止了感染性休克和 MODS 的发生<sup>[5-6]</sup>;纠正酸中毒,保持循环稳定;保证抗真菌药的用药安全及充分营养支持;降低机体氧耗;脱水以减轻气道水肿,通气得以改善。④其他器官功能支持:包括胃肠功能支持、严格控制血糖和后期康复治疗等。

#### 参考文献

- [1] 郭英江,王晓虹,蔡丽,等.原发性侵袭性肺曲霉病 1 例.中华结核和呼吸杂志,2002,25(1):61.
- [2] 任剑飞,吴宏成,夏育观,等.原发性侵袭性肺曲霉病 2 例.中华结核和呼吸杂志,2003,26(10):654-655.
- [3] Trof RJ, Beishuizen A, Debets-Ossenkopp YJ, et al. Management of invasive pulmonary aspergillosis in non-neutropenic critically ill patients. Intensive Care Med, 2007, 33(10):1694-1703.
- [4] Bulpa P, Dive A, Sibille Y. Invasive pulmonary aspergillosis in patients with

chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J, 2007, 30(4):782-800.

- [5] Ronco C, Bellomo R. Acute renal failure and multiple organ dysfunction in the ICU: from renal replacement therapy (RRT) to multiple organ support therapy (MOST). Int J Artif Organs, 2002, 25(8):733-747.
- [6] 王俊霞,刘春乔,吕程,等.血液灌流联合 CVVH 治疗多器官功能障碍综合征 9 例临床分析.中国危重病急救医学, 2005, 17(1):52.

(收稿日期:2008-08-01)

(本文编辑:李银平)

#### • 病例报告 •

## 以呼吸困难为首发的格林巴利综合征 1 例报告

吴先正 潘菊萍 孙跃喜

【关键词】 格林巴利综合征; 呼吸困难

### 1 病历介绍

患者女性,32岁,因“进行性呼吸困难 3 d”,于 2005 年 2 月 17 日 13:00 入院。入院 2 周前有上呼吸道感染病史,主要表现为咳嗽、流涕、少痰,在当地医院按上呼吸道感染治疗,症状缓解。3 d 前逐渐出现呼吸费力、胸闷,走路不稳。查体:精神萎靡,体温(T)37.2℃,脉搏(P)90次/min,呼吸频率(RR)25次/min,血压(BP)130/75 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa);咽无充血,甲状腺无肿大,双肺呼吸音粗,心率 90 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹平软,肝脾未触及肿大。神经系统检查:双侧软腭抬举无力,咽反射弱,四肢肌力 5 级,肌张力偏低,病理征阴性,双下肢共济运动略差。初步考虑“呼吸困难原因待查(呼吸系统感染可能性大)”,给予抗感染等对症支持治疗,病情无缓解。于 2 月 18 日晨出现急性呼吸困难,有濒死感,烦躁不安,口角流涎,意识障碍,查体:意识模糊, T 37.0℃, P 120 次/min, RR 38 次/min, BP 140/80 mm Hg, 脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)0.70,有三凹征,口唇、

四肢末梢发绀,口腔分泌物增多,吞咽困难,双肺呼吸音低,心率 120 次/min,律齐。立即行气管插管,呼吸机辅助呼吸,急查心电图示窦性心动过速,ST-T 改变;肝肾功能、电解质、糖代谢、血浆 D-二聚体、血凝常规及头颅 CT、脑电图、脑地形图均正常。血常规:白细胞计数(WBC)9.8×10<sup>9</sup>/L,中性粒细胞(N)0.954,血小板计数(PLT)225×10<sup>9</sup>/L;血气分析:血氧分压(PO<sub>2</sub>)50 mm Hg,二氧化碳分压(PCO<sub>2</sub>)47 mm Hg;肌电图示左右膈神经及面神经异常传导速度,异常 F 反应,大致正常感觉神经传导速度,正常针极肌电图。遂拟诊:格林巴利综合征(GBS)。给予静脉滴注大剂量丙种球蛋白、甲泼尼龙、维生素 B、预防感染、鼻饲进食等综合治疗,患者病情好转,于入院 7 d 后撤离呼吸机。入院 8 d 和 20 d 查脑脊液(CSF)常规、血生化、细菌涂片、病毒相关指标均为阴性。于入院治疗 23 d 痊愈出院,至今随访未再复发。

### 2 讨论

本例患者为年轻女性,2 周前有上呼吸道感染病史,急性起病,呈单向病程,以进行性呼吸困难、意识障碍,肌电图示左右膈神经、面神经异常传导速度及异常 F 反应,且给予大剂量丙种球蛋白、甲泼尼龙治疗效果明显。尽管该患者 CSF 无蛋白细胞分离现象<sup>[1]</sup>,但仍可诊

断为 GBS。

到目前为止 GBS 的确切病因不详,可发生于感染性疾病、疫苗接种或外科处理后,也可无明显诱因。众多文献提示 GBS 是一种免疫介导的周围神经脱髓鞘病变。多数 GBS 患者有胃肠道或呼吸道感染症状以及疫苗接种史,急性或亚急性起病,出现肢体对称性迟缓性瘫痪,病情急重者可出现四肢完全性瘫痪、呼吸肌和吞咽肌麻痹,少数患者合并颅神经损伤<sup>[2]</sup>,而呼吸肌麻痹多数出现于四肢瘫痪之后,或与四肢瘫痪同时存在。而本例患者以呼吸困难为首发症状,伴有吞咽困难、口角流涎,提示呼吸肌、吞咽肌麻痹,肌电图提示膈神经、面神经受累,未出现四肢完全性、迟缓性瘫痪。在临床上这种情况虽然少见,但提示我们在急诊接诊原因不明的呼吸困难患者时,应在有限的时间内尽量详细采集病史,系统检查,动态观察,拓展思路,力争早期找到病因,避免因诊治不当延误治疗时机,危及患者生命。

### 参考文献

- [1] 邓国民,许贤豪,王雅军,等.格林巴利综合征 211 例分析.中国神经免疫学和神经病学杂志,1997,4(3):164-166.
- [2] 王维治.神经病学.5 版.北京:人民卫生出版社,2005:101-105.

(收稿日期:2008-07-13)

(本文编辑:李银平)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2009.04.023

作者单位:200065 上海同济大学附属同济医院急诊内科

Email:wuxianzheng1962@yahoo.com.cn